Rok XXVII. Kraków, 10 Listopada 1888. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekol. prof. Dra M. Madurowicza.

Wzniecenie porodu przedwczesnego z powodu obrzęku płuc, następnie rozszerzenie szyjki macicznéj balonem Brauna dla przyspieszenia porodu. Zejście pomyślne dla matki i płodu.

Podał **Dr. St. Braun,**
I. asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj.

Jeszcze w roku 1861 wezwano raz nagle prof. Dra Madurowicza, ówczesnego asystenta kliniki położniczéj w Wiedniu, do rodzącéj wieloródki z powodu znacznego krwotoku. Bliższe badanie wykazało, że łożysko przodujące jest przyczyną krwotoku, przyczém część pochwowa prawie zanikła, a ujście zewnętrzne macicy po bokach wrębami opatrzone, tworząc owalną szparę, było rozwarte na szerokość półtora palca. Dla powstrzymania, ile można, krwotoku i przyspieszenia porodu, wprowadził prof. Madurowicz dobrze oczyszczony, jakby w cygaro zwinięty kolpeurynter Brauna wysoko do pochwy i napełnił go za pomocą strzykawki zimną wodą; po użyciu 3ch strzykawek badając, czy balon wypełnia szczelnie przewód pochwy, z zdziwieniem stwierdził, że przypadkowo balon zamiast w pochwie, znajdował się w całości w szyjce macicznéj, a tylko długa z ujścia wystająca szyjka balonu znajdowała się w pochwie.

Wśród takiego niezwykłego zdarzenia, w obawie rozdarcia szyjki, postanowił prof. Madurowicz wodę natychmiast wypuścić, przytém jednak wpadł na myśl, czyby przez wyciąganie ostrożnie balonu ze szyjki macicznéj nie udało się rozszerzyć mało jeszcze rozwarte ujście, a tym sposobem wytworzyć sobie warunki do dokonania niedokrewnością rodzącéj wskazanego obrotu z następowém wyciągnięciem płodu, jedném słowem szybkiego ukończenia porodu. W tym też celu otworzywszy nieco kurek, aby woda powoli z balonu odpływała, równocześnie począł pociągać ostrożnie i powoli za szyjkę balona, podczas właśnie występującego kurczu macicy, aby naśladować o ile można działanie pęcherza płodowego, gdyż balon tak z szyi macicznéj wyciągany zachowywał się zupełnie tak samo, jak w zwykłych warunkach pęcherz płodowy, to jest obniżał się w postaci klina, który podczas każdego skurczu macicy, wpuklając się coraz to większym odcinkiem w ujście zewnętrzne, rozszerzał je stosunkowo bardzo szybko. Po wydobyciu balonu bez wodnéj treści na zewnątrz znalazł prof. Madurowicz ujście tak znacznie rozszerzone, że mógł przystąpić zaraz do rozwiązania matki podanym wyżéj sposobem, czego dokonał z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu.

Jakkolwiek po powyższym rękoczynie tak świetny rezultat mógłby był zachęcić prof. Madurowicza do częstszego stósowania tegoż w podobnych przypadkach, to przecież nie powtórzył go późniéj ani razu z obawy właśnie wyżéj podanéj, aby podczas podobnego zbyt szybkiego rozszerzenia szyjki macicznéj nie wywołać pęknięcia ścian téjże szyjki. Przed kilku dopiero laty zalecał ten sposób wprowadzenia balonu Brauna do szyjki w niestosunkach porodowych Schauta. Że zaś ten sposób użyty z nader wielką ostrożnością może oddać w niektórych razach znakomite usługi, to nietylko przypadek Maurera z Koblencyi, Gredera z Karlsruhe i innych, ale i niniejszy przypadek, jaki zamierzam przedstawić szanownym kolegom, dosadnie wykazuje.

Z końcem kwietnia 1887 r. zgłosiła się do kliniki położniczéj krakowskiéj Regina Czyżewska, 30 lat licząca, wolna, z Star, która podaje, że nigdy nie rodziła ani nie roniła, regularność wystąpiła w 19ym roku życia, występowała w odstępach nieregularnych, raz w 4-, innym razem w 6cio-tygodniowych, trwała 3 do 4 dni, była skąpa, niekiedy bolesna, a ostatni raz pojawiła się przed 9ciu miesiącami. Ruchy uczuła przed 4ma miesiącami, od trzeciego miesiąca ciąży zaczęły jéj znacznie obrzmiewać nogi, ręce w końcu twarz. Obrzęki te z każdym miesiącem wzmagały się, aż doszły do kolosalnych rozmiarów, przyczém od chwili powstania opuchliny uczuwała mocny ból w krzyżach, ból głowy, przytępienie słuchu, wzroku, utratę apetytu i osłabienie ogólne. Mocz, który przedtém oddawała prawidłowo,

oddawała coraz to w mniejszéj ilości tak, że w ostatnich dniach przez całą dobę oddać mogła co najwięcéj pół szklanki a więc 100 do 150 gramów. Nadto od kilku dni dręczy ją, szczególnie w nocy, bardzo mocny kaszel, odpluwa bardzo małą ilość śluzu rzadkiego, ciągnącego się, przyczém doznaje chwilami tak znacznéj duszności, że musi przepędzać noce w postawie siedzącéj, wyginając klatkę piersiową mocno ku przodowi i ku górze. Przedtém nigdy nie kaszlała, ani krwotoku płucnego nie miała. Pytana o przyczynę owéj opuchliny i kaszlu podała, że w jesieni jako służąca wiejska całemi dniami stała w wodzie piorąc bieliznę lub mocząc konopie. Bliższe badanie wykazało znaczniejszą opuchlinę całego ciała, lekką sinicę na twarzy, wyraźny nieżyt drobnych oskrzeli płucnych, w jamie brzusznéj mały stopień wodnéj puchliny, w moczu wysyconym do oleju lnianego podobnym znaczną ilość białka i wałeczki szkliste, nadto ciążę w 9ym miesiącu księżycowym, położenie płodu żywego czaszkowe pierwsze, nieustalone z powodu nieco zwiększonéj ilości wody płodowéj i miednicy płaskiéj o wymiarze prostym wchodu 9½ cm. Podano środki podniecające, gdyż tętno było drobne, nikłe, 104 na minutę, nadto przetwory beladony dla ukojenia kaszlu. Chora pomimo to w nocy spać nie mogła z powodu znacznéj duszności, tak że dla ulżenia choréj obstawiano kilkakrotnie w nocy klatkę piersiową bańkami suchemi i gorczycznikami. Trzeciego dnia chora czuła się znacznie osłabioną, stała się apatyczną i mało mówiącą, śpiącą a odkaszliwała znaczną ilość cieczy pienistéj z małą ilością śluzu zmięszaną. Badanie wykazało: stłumienie w dole i tyle klatki piersiowéj na szerokość trzech palców, podczas osłuchiwania w miejscu stłumienia liczne drobne rzężenia w górnych warstwach płuca, rzężenia grubsze wilgotne, tony serca głuche, tętno 120, ciepłotę niepodniesioną, w jamie brzusznéj znaczniejszą wodną puchlinę, płód w macicy żywy, część pochwową długą, ujście zewnętrzne dobrze zamknięte.

Rozpoznano rozpoczynający się obrzęk ostry płuc w przebiegu zapalenia nerek przewlekłego u ciężarnéj.

Dla uratowania życia matki i płodu postanowiono wzniecić poród przedwczesny, do czego po oczyszczeniu kiszki stolcowéj i pochwy niezwłocznie przystąpiono. O godzinie 8éj rano wprowadzono świeczkę do jamy macicy według metody Krausego, zachowując jak najściślejsze ostrożności antiseptyczne, przyczém podawano środki krzepiące, jak wino, winną polewkę, rosół z bulijonem itp.

W 12 godzin nie stwierdzono czynności porodowéj, chora atoli utraciła zupełnie przytomność, oddychała nieregularnie charcząc; obrzęk płuc powiększył się znacznie, siły upadły pomimo wstrzykiwania eteru podskórnie co 2 godziny. Wtedy poczęto stósować kolejno dla doświadczenia a ewentualnie przyspieszenia porodu cały szereg środków wywołujących skurcze macicy. Rozpoczęto od prądu elektrycznego stałego o 6ciu elementach i przerywanego; jednak pomimo stosowania silnego prądu co pół godziny przez 10 minut macica wcale się nie kurczyła. Zaczęto wstrzykiwać do pochwy większą ilość ciepłego 1·5% kwasu karbolowego, gdy i to pozostało bez skutku, wyjęto świeczkę i wprowadzono do macicy dobrze zdesinfekcyjonowany cienki cewnik elastyczny, przez który wprowadzono z irygatora ciepły 2% kwas karbolowy. Po godzinie zaczęła się macica lekko kurczyć, część pochwowa skracać a koło godziny 12éj w nocy była już zupełnie zanikłą, ujście zewnętrzne na tyle rozszerzone, że przez nie palec wprowadzony dla wywołania znaczniejszych skurczów z łatwością mógł odklcić dolny odcinek jaja płodowego od ścian macicy. Ponieważ siły choréj bardzo słabły a czynność porodowa powoli postępowała, przygotowano wszystko do cięcia cesarskiego, aby w razie śmierci matki, gdyby drogi porodowe nie były jeszcze na tyle rozwarte, ażeby płód przez pochwę na zewnątrz wydobyć, otworzyć jamę brzuszną i płód żywy z macicy wydobyć. Tymczasem przypomniawszy sobie sposób rozszerzenia szyjki wykonany przez prof. Madurowicza w przypadku powyżéj opisanym, a nie mając przed sobą nic do stracenia, postanowiłem ostrożnie spróbować powyższego sposobu.

W tym celu balon Brauna należycie oczyszczony w kilkoro zwinięty około swéj osi wprowadziłem do szyjki macicznéj, następnie wypełniałem lekko wodą, a kiedy balon był rozszerzony i napełniony do wielkości małéj pięści, podczas bólu porodowego powoli go wyciągałem, przyczém kurek był otwarty. Po przeprowadzeniu 4 do 5 razy balonu w 2ch godzinach ujście zewnętrzne było już prawie zupełnie rozwarte, ztąd z łatwością przeprowadziłem rękę do jamy macicy, dokonałem obrotu na nóżki, poczém wydobyłem płód żeński, odpowiadający rozwojem 9mu miesiącowi ciąży, lekko omdlały, który zaraz docucono. Po wydaleniu popłodu przez nacieranie dna macicy, po okładach zimnych na brzuch, przestrzykiwaniu pochwy lekkim kwasem karbolowym macica dobrze się skurczyła i nie było krwotoku. Wstrzyknięto kilka strzykawek eteru pod skórę choréj, obłożono nogi kamionkami, napełnionemi ciepłą wodą, wlano ostrożnie przez usta parę łyżek mocnego wina i ułożono położnicę w dobrze ogrzanym pokoju. W trzy godziny późniéj podniosło się cokolwiek tętno, chora oprzytomniała cokolwiek, ponieważ atoli wypluwała zawsze sporą ilość cieczy pienistéj, obstawiono całą klatkę piersiową bańkami suchemi.

Po podawaniu środków podniecających i odwodzących chora wróciła 4go dnia do przytomności w zupełności, 10go dnia zmniejszyła się opuchlina mniéj niż o połowę a 14 dnia po porodzie opuściła klinikę prawie zupełnie zdrowa, znaleziono bowiem macicę dobrze zwiniętą, w płucach skąpe świsty, w jamie brzusznéj nie stwierdzono najmniejszego śladu wodnéj puchliny, tylko około kostek mały obrzęk. Mocz zawierał ślad białka i skąpą ilość wałeczków szklistych.

W podobny sposób, jak się dowiaduję z *Centralblatt f. Gynäkologie* Fritscha, w miesiąc późniéj po naszym przypadku postąpił sobie Maurer w Koblencyi, w celu rozszerzenia ujścia zewnętrznego w przypadku łożyska przodującego i dokonał wydobycia płodu z rezultatem pomyślnym dla matki i płodu, a w dwa miesiące późniéj po Maurerze lekarz praktyczny w Karlsruhe Greder, który w położeniu płodu poprzeczném i w przedwczesnym odpływie wód płodowych zdołał rozszerzyć za pomocą balonu ujście tak dalece, że mógł dokonać obrotu na nóżki. Obok tych próbowało wielu innych tego sposobu i zawsze z rezultatem pomyślnym, rozszerzenie jednak powyższe odbywało się zawsze powoli i ostrożnie; kiedy część pochwowa była zupełnie wyrównaną, szyjka balonowato rozdęta, ujście zewnętrzne macicy co najmniéj na jeden palec rozszerzone.

II. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane cierpieniem cewki.

Skreślił Dr. M. Misiewicz,
właściciel lecznicy miasta Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Przypadek X. Eleonora Z., lat 13, córka obywatela, przybyła do mnie w grudniu roku zeszłego. Rodzice opowiadają, że od pół roku prawie każdéj nocy zaraz po uśnięciu chora mimo woli oddaje mocz. We dnie zdarza się to bardzo rzadko, a to po zbyt męczącéj i długiéj przechadzce przy kaszlu lub śmiechu. Miesiączkowanie wystąpiło w m. sierpniu roku zeszłego, a zatém cokolwiek późniéj niż objawy mimowolnéj moczówki, lecz bywa bezbolesne i niezbyt obfite. Przy badaniu znalazłem skąpy pokład tłuszczowy, skórę i błony śluzowe blade, mięśnie słabo rozwinięte. Poszukiwania w klatce piersiowéj dały wynik ujemny, w żyłach szyjnych jednak znalazłem charakterystyczne buczenie, jako zwykły objaw błednicy; śledziona prawidłowéj wielkości, gruczoły chłonne niepowiększone. W przewodzie pokarmowym oznaki atonii i zastoiny kałowe w rożnych jego odcinkach, a w okolicy kiszki ślepéj odgłos bębnowy. Chora jest w ogóle zdenerwowaną, słabą, skarży się na ból głowy, niezwykłą drażliwość, częstą bezsenność i brak apetytu i inne objawy ogólnéj niedomogi nerwowéj. Badanie miejscowe wykazało nieżyt narządów rodnych, z lekką wydzieliną śluzowo-ropną, obrzęk i zaczerwienienie otworu zewnętrznego cewki, lekkie dotknięcie błony śluzowéj warg i łechtaczki wywołuje w nich ból i nadczułość. Ucisk na okolicę pęcherza sprawia choréj parcie na mocz i również uczucie bolesne, w całéj okolicy łonowéj się

rozprzestrzeniające. Moczu chora wydziela na dobę około 850 gr. o ciężarze gatunkowym 1013, stałych części wydziela w tymże czasie 28 gr., po zagotowaniu występuje zmętnienie, ginące w zupełności po dodaniu kw. azotowego (*Fosfaturyja*). W osadzie nie znalazłem wałeczków ani ciałek ropy lub krwi, również poszukiwania cewnikiem co do obecności kamienia tak mnie, jako też przy poszukiwaniach, wykonanych z całą dokładnością przez innych lekarzy chirurgów, dały wynik ujemny. Ponieważ według opowiadania rodziców dziewczynka była ciągle zamyśloną i smutną, lubiła samotność, zamykała się w swoim pokoju i zbyt często wychodziła do pisoiru, przytém w żaden sposób nie mogąc wytłumaczyć sobie przyczyny silnego podrażnienia i zapalenia narządów rodnych zewnętrznych i otworu cewki, zapytałem rodziców, czy nie mają podejrzenia o samogwałt, lecz nie mogli mi dać pod tym względem zadowalającéj odpowiedzi.

I w tym przypadku jak i w poprzednich miałem do czynienia z moczówką przemijającą, występującą jednak tylko w nocy. Nie zależała ona ani od zmian w nerkach, gdyż nie znalazłem wałeczków, ani od kamienia, lub zmian ustrojowych w pęcherzu lub odbytnicy, a rozwinęła się w chwili rozwoju płciowego, cokolwiek wcześniéj wystąpiła niż pierwsze miesiączkowanie, na tle ogólnéj niedomogi nerwowéj, wskutek zapalenia odcinka wrażliwego przedsionka i nieżytu cewki. Nie ulegało też wątpliwości, że ważną rolę odgrywała tu blednica, a prawdopodobnie i samogwałt, w skutek którego nastąpiło podrażnienie i nieżyt w obrębie otworu cewki, a potém na drodze zwrotnéj wystąpiły skurcze wypieracza we śnie a to na podstawie mechanizmu mięśniowego i dróg nerwowych, które wyżéj opisałem; podobne objawy mimowolnego oddawania moczu spostrzegałem téż często u dorosłych, przy silnych zapaleniach pęcherza, podrażnienia tegoż odłamkami kamieni, w zapaleniu miedniczek nerkowych i t. d. Wiemy, że w wieku dziecięcym mocz i stolce odchodzą bezwiednie, przy najsłabszych skurczach odbytnicy lub pęcherza, gdyż brakuje w tym wieku oporu żdziergaczy nadmienionych narządów. Dopiero po upływie roku dzieci mogą utrzymać stolce, ale mocz odchodzi jeszcze bezwiednie do 3go roku, t. j. do ukończenia 1go ząbkowania. Na moczówkę nocną cierpią jednak i starsze dzieci, a to ma miejsce najczęściéj w skutek zboczeń w narządzie moczowym, lub w składzie chemicznym moczu, wreszcie u osób słabych, wyczerpanych przewlekłemi chorobami, charłactwem, itd. Od moczówki nocnéj rozróżnić należy moczówkę we dnie występującą po wysiłkach cielesnych, podczas kaszlu, śmiechu, płaczu lub ćwiczeń gimnastycznych. Gdy te postacie łączą się z sobą, mamy do czynienia z moczówką ciągłą, lub występującą okresowo. Za zwykłą przyczynę téj nerwicy podają: zołzy, niedokrewność, chorobę angielską itp., lecz spotykamy ją i u zdrowych, dobrze odżywionych, i odwrotnie u zołzowatych i niedokrewnych nie bywa częściéj niż u zdrowych. Niesłusznie też przypisują tę chorobę mocnemu zaśnięciu, gdyż niejednokrotnie sam spostrzegałem dzieci, które można było we śnie rozbierać, ubierać, przenosić z łóżka na łóżko, a mimo to nie podlegały moczówce. Matki skarżą się, iż mimo kilkakrotnego budzenia i zachęcania do dokładnego wypróżnienia pęcherza, wkrótce po zaśnięciu znajdują zmoczoną pościel, a to następuje bardzo często w pierwszym śnie. Sądzę, że przyczyną téj nerwicy jest nietyle ogólna niedomoga nerwowa, ile miejscowe zmiany w pęcherzu i jego nerwach, a przedewszystkiém w otworze cewki. Desault twierdzi, że główną rolę gra tutaj skurcz wypieracza, który przychodzi mimowolnie, na podobieństwo takiegoż skurczu, spostrzeganego w kamycy; Trousseau i Bretonneau uważają tę chorobę za nerwicę szyjki pęcherza, Guersant przypuszcza, że przyczyną jéj jest wrodzony niedokładny rozwój wzgl. porażenie zdziergacza pęcherza, lecz to tłumaczenie przyjąćby można tylko w wyjątkowych przypadkach. Ultzmann (*Wiener Klinik., Febr. 1888.* T. I i II) sądzi, że ważną rolę odgrywa tu nadczułość pęcherza, który może utrzymać tylko pewną ograniczoną ilość moczu, i gdy ta przekroczy oznaczoną ilość, wtedy pęcherz wydala mimowolnie nadmierną ilość. Lebert twierdzi, że we śnie następuje u dzieci pewnego rodzaju uśpienie pęcherza, a mianowicie jego zdziergacza, wskutek tego wrażenie o potrzebie oddania moczu jest za słabe, i nie dochodzi do świadomości śpiącego dziecka. Mimo tych rozmaitych hypotez etyjologija téj moczówki dotychczas w zupełności wyjaśnioną nie została, a z méj strony chciałbym zwrócić uwagę, że niedostatecznie uwzględniono w niéj udział nerwów i niedokładną innerwacyję mięśni pęcherza, którą u dzieci bardzo często spostrzegać można. Przedewszystkiém ważną rolę odgrywać tu może upośledzone odżywianie nerwów szyi pęcherza, nierównomierne unerwienie zdziergacza i wypieracza, a mianowicie upośledzenie pod tym względem pierwszego mięśnia na koszt drugiego, co jak wiadomo, ma miejsce w pierwszych latatach życia, aż do ukończenia pierwszego ząbkowania. Miałem przypadki zupełnego wyleczenia moczówki nocnéj po kilka-, a nawet jednokrotném zastosowaniu prądu elektrycznego, a zatém widoczném jest, że nie mięśnie, lecz unerwienie jest niedostateczném. Przyczyną, która wzmaga ten niedostatek, mogą być zmiany w narządach sąsiednich, jako to: w zewnętrzym otworze lub w przewodzie cewki, w kroczu, odbytnicy, a u dziewcząt w przedsionku, łechtaczce, małych wargach, a nawet w macicy. Ten wywód chorobowy odnosi się jednak tylko do wieku dziecięcego, t. j. do lat 10, u starszych zaś osób, n. p. u dziewcząt 14 lub 15 letnich, moczówka występuje najczęściéj na drodze zwrotnéj, w skutek nieżytu przedsionka lub pochwy, wywołanego samogwałtem, pasorzytami, polipami, cierpieniami odbytnicy, a najczęściéj w skutek obrzęku zapalnego lub ucisku otworu cewki i odcinka czułego narządów rodnych, jak to i w moim przypadku miało miejsce.

Rokowanie w nerwicach jest w ogóle dosyć pomyślne i zależy przeważnie od zmian miejscowych, i od większéj lub mniejszéj łatwości ich usunięcia. W niemocy zwrotnéj powstałéj w skutek rzeżączki lub masturbacyi rokowanie jest pomyślném, témbardziéj, iż erekcyje istnieją tylko nie we właściwym czasie i sile, w skutek wzmożonego działania nn. hamujących a osłabionego działania nn. naprężnych. W niemocy, skojarzonéj z przejściowym białkomoczem, lub z nerwobólami cewki lub jądra, należy rokować o tyle gorzéj, o ile mamy trudność w usunięciu tych objawów pobocznych. Również łatwo usuwać można skurcze zdziergacza cewki i pęcherza, trudniéj zaś te, które są skojarzone ze szczelinami, zapaleniem szyjki lub białkomoczem w skutek zastoju i parcia na mocz. Stosunkowo niepomyślném bywa rokowanie w porażeniach mięśni pęcherza, gdyż zastarzałe postacie tych nerwic mogą być bardzo uporczywe, i wymagają częstego wydalania moczu za pomocą cewnika, o czém należy uprzedzać chorych, aby ci następnie nie oskarżali lekarza, iż tak im pęcherz osłabił leczeniem, że nie są teraz w stanie sami oddawać moczu, czego, jak twierdzą, przed zastosowaniem cewnika nie było. Im większa ilość moczu zatrzymuje się w pęcherzu, względnie im większą jest niedomykalność pęcherza, tém gorsze bywa rokowanie, gdyż dłuższe stosowanie cewnika nie może być dla ustroju obojętném, i wywołuje nieraz sprawy zapalne w narządach moczowych, nawet życiu chorego grozić mogące.

L e c z e n i e polega na wykonaniu dwóch wskazań: po pierwsze na usunięciu zbytecznéj pobudliwości i wrażliwości ogólnéj; powtóre na wyleczeniu doszczętném miejscowych zmian, i usunięciu przez to nadczułości w t. z. *„area sensitiva“* cewki lub przedsionka, która sprowadziła wybuch nerwicy. Co do pierwszego, to w niemocy należy chorego przedewszystkiém upewnić o dobrym rezultacie leczenia i wpływać uspakajająco na stan umysłowy, gdyż mamy tu zazwyczaj do czynienia z osobami nadzwyczaj nerwowemi, które przystępują do aktu spółkowania wprawdzie z naprężeniem, lecz w stanie nadzwyczajnego rozdrażnienia i przeświadczenia o niemożliwości; jakoż, przed samém spółkowaniem, prącie nagle opada, i spółkowanie staje się niemożliwem. Chorzy tacy po przebudzeniu w nocy spostrzegają nieraz silne i trwałe erekcyje, które jednak nie zjawiają się, gdy przychodzi do spółkowania; inni znowu mogą wykonać spółkowanie tylko z dziewczętami publicznemi, lub tylko z żoną; są wreszcie przypadki, gdzie mąż nie odbywa powinności małżeńskich z powodu niezwyciężonego wstrętu do żony. Niefortunne próby spółkowania zrażają chorych do tego stopnia, ze przy każdéj nowéj sposobności naprzód przeczuwają porażkę, i ze wstydu unikają prób dalszych. Obowiązkiem więc leczącego jest zjednać sobie zupełne zaufanie chorego i jednocześnie wlać w niego przekonanie, że niemoc jego jest przejściową i uleczną, poczem chory uspakaja się i chętnie poddaje się miejscowemu leczeniu. Gdyby chory mimo to okazywał objawy dalszego rozdrażnienia i niepokoju nerwowego, wtedy dajemy mu większe dawki bromku potasu (3 gr.) i zalecamy umiarkowane a uspakajające manipulacyje wodolecznicze. Miejscowe leczenie polega na s t o s o w a n i u z o n d, cewnika Ultzmanna, do przemywania cewki płynami ściągającemi, lub jego injektora do wstrzykiwania płynów za zdziergacz. W razach zaś, gdzie uznamy za konieczne wprowadzenie leków stałych, uciec się musimy do użycia insuflatora, *porte-remède* Dittla, lub najlepiéj zwykłego wziernika cewkowego. Sposób stosowania tych przyrządów i skład lekarstw opisałem w *Medycynie* [1]) i tam czytelnika odsyłam. Nadmienię tu tylko, że szczególniéj dobre wyniki przy leczeniu dało mi zastósowanie injektora (szprycki Pravatza, osadzonéj na krótkim srebrnym cewniku Ultzmanna (Nr. 14 sk. Charrièra), za pomocą którego wstrzykiwałem 5 — 6 kropel 5% rozczynu srebra, a w uporczywych postaciach niemocy i w porażeniach 1 — 2% r o z c z y n w o d n y k w. c h r o m o w e g o. Krwotoku nigdy nie spostrzegałem nawet po użyciu mocniejszych rozczynów, a ból wkrótce ustępuje, jeśli chory leży czas jakiś w położeniu poziomém i zachowuje się spokojnie. Jeśli to postępowanie nie usuwało nadczułości w *„area sensitiva“*, wtedy używałem czopków zawierających 0·01 — 0·02 azotanu srebra lub 0·005 — 0·01 kw. chromowego, a to za pomocą *porte-rémède* Dittla, a najczęściéj za pomocą wziernika Grünfelda; użycie tego ostatniego szczególniéj jest wskazanem, gdy miejsce przypalania trzeba dokładnie kontrolować, n. p. przy zastosowaniu mocniejszych rozczynów kw. chromowego. Postępującemu w ten sposób udawało się zawsze usunąć nadczułość cewki, a i nerwice, przez nią sprowadzone, już przy téj prostéj manipulacyi ustępowały. Dla wzmocnienia działalności nerwów naprężnych i mięśni uczestniczących w erekcyi używałem prądu stałego według metody Benedikta lub Schultza, przykładając jeden biegun (miedź) na okolicę lędźwiową kręgosłupa, drugi zaś (cynk) na okolicę krocza, sznurka nasiennego i członka naprzemian, posiedzenie takie trwało od 2 — 3 — 5 minut. Również dobre wyniki dała mi faradyzacyja odbytnicy, a mianowicie: wprowadzałem do niéj reofor 6 ctm. długi, a drugim przeprowadzałem stopniowo po opuszce cewki, międzykroczu i pachwinie, przyczem występowały skurcze mięśnia opuszko-jamistego; na prącie stosowałem prąd elektryczny tylko w razie znieczulenia jego skóry. Wyniki leczenia prądem stałym są w zupełności zadowalające, i działają nie tylko miejscowo, lecz wpływają i na ogólny nastrój umysłowy chorego, który się może przekonać naocznie, że niemoc jego jest chwilową, i że naprężenia nie tylko występują przy każdém posiedzeniu, ale nawet są coraz silniejsze i dłuższe, a gdy się chory o têm upewni, leczenie niemocy nie przedstawia już nadal trudności. Ujemną stroną takiego leczenia jest występowanie częstych zmazań nocnych, tak po zastósowaniu prądu elektrycznego, jako też i po przypalaniu kw. chromowym, dla tego też, gdzie one występowały już wcześniéj same przez się, nie można takiego leczenia stósować zbyt forsownie, lecz usunąć naprzód zbytnią wrażliwość zimnemi kąpielami nasiadowemi, zimnemi wycieraniami, zastósowaniem chłodnika (*Psychrophor*) Benedikta lub środkami wewnętrznemi (bromek potasu, lupulina, kamfora itd.). Użycie środków podbudzających w niemocy jako to: tynktury kantaryd, fosforu i innych uważam za zbyteczne i szkodliwe; również szkodliwemi są krążki kauczukowe, nakładane na nasadę prącia, w celu wywołania silniejszych i dłuższych naprężeń, a natomiast wskazanemi są środki ogólnie wzmacniające, jak żelazo, chinin, wodolecznie, kąpiele morskie, i górskie powietrze, które w danym razie zalecić można jako zakończenie leczenia. Przy skurczach zdziergacza lub wypieracza leczenie również jest podobném, polega na usunięciu zboczeń miejscowych, które były powodem nerwicy; gdy im jednak towarzyszy bolesne parcie na mocz, zastósować należy środki uśmierzające czy to na drodze wstrzykiwań, czy też w postaci czopków do stolca, zawierających po 0·02 — 0·05 morfinu lub belladony, poczem przechodzimy do stosowania systematycznego sond, przemywania cewnikiem Ultzmanna lub przypalań, stósownie do potrzeby. I w tym przypadku zwrócić należy uwagę, jak i w innych nerwicach, w obrębie narządu moczopłciowego powstających, na usunięcie samogwałtu, zbytków płciowych lub resztek rzeżączki, na uspokojenie umysłowego nastroju lub niedomogi nerwowéj. Zalecimy więc choremu bromek potasu, chinin lub żelazo, wreszcie jeśli to jest możliwém, zastosujemy wodoleczenie, kąpiele morskie lub wyślemy go do obojętnych cieplic. W słabszych postaciach porażenia zwrotnego należy nadewszystko zalecić choremu częste oddawanie moczu, stosujemy mięsienie i lekkie środki moczopędne (Salvator, Giesshübler). Prócz tego dobrze działają zimne wycierania, tusze, kąpiele nasiadowe, gimnastyka, a ze środków wewnętrznych chinin, wyciąg sporyszu, (0·5 gr. dziennie) strychnin wewnętrznie (0·02 na 6 razy), lub podskórnie (0·1 na 10 gr. wody po $\frac{1}{2}$ szprycki). Daleko ważniejszém jest leczenie miejscowe, polegające na staranném i ostrożném opróżnianiu pęcherza za pomocą miękkich i delikatnych (Jaques patente) kauczukowych cewników, lub jedwabnych, (angielskich), lecz opróżnianie to powinno być stopniowe, aby tym sposobem przyzwyczaić pęcherz do energiczniejszych skurczów. Nigdy nie należy wypuszczać całéj zawartości pęcherza, i jeśli ta jest bardzo dużą, ograniczyć się wypada do wydalenia 400 gr.; poczem wprowadzić trzeba około 100 cent. sześć.

[1]) Dr. M i s i e w i c z: R o z p o z n a w a n i e i l e c z e n i e z a p a l e ń c e w k i i p ę c h e r z a. (*Medycyna* T. XI z r. 1883).

pół proc. rozczynu karbolowego. Powtarzamy ten rękoczyn codzień, nieomijając nigdy powyższych ostrożności, przyczem zauważyć możemy, że siła wypieracza się zwiększa, a ilość zastoiny moczowéj jest coraz mniejszą, a wtedy i ilość rozczynu karbolowego stopniowo zmniejszać należy. W silniejszych postaciach porażeń rękoczyn opróżniania pęcherza musi być kilkakrotnym, a ilość rozczynu karbolowego może dochodzić, stosownie do potrzeby, do 200 cent. sześciennych; rozczyn ten ma na celu, prócz działania przeciwgnilnego, niedopuszczenie do zetknięcia się ścian pęcherza, co jak wiadomo, wywołuje boleści, a doświadczenie wykazało, iż może sprowadzić zapalenie miąższowe ścian pęcherza. (Dok. n.)

III. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do histologii choroby Brighta.

Napisał

Dr. Andrzéj Obrzut,

docent anatomii patologicznéj i I. asystent powyższego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Przypadek II. B. J., lat 12. Rozpoznanie kliniczne: *Morbus Brightii post scarlatinam, uraemia, hypertrophia cordis praecipue sinistri.* Rozpoznanie anatomiczne: *Glomerulonephritis scarlatinosa, hypertrophia concentrica cordis sinistri, hypostasis pulmonum, hydrops extremitatum infer. et serosarum.* Nerki powiększone ważą po 230 gramów, powierzchnia nerek gładka szaro-biaława, z nielicznemi punktowatemi wybroczynami i nastrzykniętemi żyłkami gwiazdkowatemi. Na przekroju kora miernie rozszerzona, szaro-biaława, z licznemi punktowatemi wybroczynami, zbitość miękka, lamliwa, obrzękła, kłębki Malpighiego jako punkciki ciemno-czerwonawe wystające nad powierzchnię przekroju, piramidy ciemnofijoletowe.

Badanie mikroskopowe. Przypadek ten przedstawia nam się jako *Glomerulonephritis* ze zmianami tak na torebce jak i na naczyniach kłębka. Kłębki są w całości nieco powiększone, a tylko w ich najbliższém otoczeniu przestwory międzykanalikowe okazują zmiany analogiczne z przypadkiem pierwszym, w reszcie miąższu przegrody międzykanalikowe są bez żadnego rozszerzenia z wyjątkiem w tych miejscach, gdzie przebiegają znacznie porozszerzane naczynia. Wnętrze torebki Bowmana w prawidłowych stosunkach wolne jest tu po większéj części wypełnione albo krwią, albo krwią i delikatną siateczką, która według autorów odpowiada skrzepłemu białku. Bardzo wielkiéj wagi są przemiany, jakim tutaj ulegają ciałka krwi czerwone. Otóż pewna ich część przedstawia się w prawidłowych swych konturach i barwie, pewna straciła barwę a zachowała kontury, inna część rozpadła się w drobnoziarnistą bezbarwną miazgę, w któréj tylko gdzieniegdzie zauważyć można kontury wybladłego ciałka. Wszystko sąto widocznie zmiany wsteczne. Znajdują się jednak nieliczne kłębki, w których obraz jest zupełnie inny. W przestworze między niezmienioną torebką a powierzchnią pętli naczyniowych znajdujemy włókna względnie dosyć grube, kolisto około naczyń przebiegające, anastomozujące ze sobą pod kątami ostremi, podobne anastomozy są między torebką a temi włoknami. Grubość tych włókien jest różna; najgrubsze odpowiadają średnicy dwóch i trzech ciałek czerwonych. Barwa ich jest taka sama jak prawidłowych ciałek krwi czerwonych, t. j. cisawo-zielonawa. Na tychto grubszych włóknach łatwo daje się udowodnić, że są one tylko zlepkiem ciałek czerwonych, które zachowały swą hemoglobinę a zlały się w jednę całość. Widać to po konturach ich, które niekiedy są zachowane na brzegach tych grubszych włókien. Ciałka takie są wydłużone, niekiedy czworoboczne z tępemi kątami. We włókienkach delikatniejszych tego, rozumie się, już nie widać, są one jednak bezpośrednim dalszym ciągiem włókien grubszych. Włókna te, jak wspomniałem, komunikują z sobą za pomocą różnie grubych wypustek, w otworach przez to powstałych znajdują się barwiące się prawidłowo leukocyty pierwoszczem swém bezbarwném przyczepione do owych włókien lub wolne, daléj komórki o jądrach epitelioidowych i mniejszych, rzadziéj prawidłowe ciałka czerwone. Przybłonki torebkowe niskie, ani nawet nie obrzmiałe. Zajmującém daléj zjawiskiem téj siatki grubo- i delikatnie włóknistéj jest to, że pewne jéj części barwią się niekiedy bardzo żywo safraninem lub gencyjaną. Barwa ta nie znika jednak nagle, lecz powoli bez wyraźnéj granicy przechodzi w cisawo zielonawą ciałek czerwonych. Na pewne zatém przypuścić można, że pewna część téj siatki, mianowicie barwiąca się, jest włóknikiem. Naokoło niektórych kłębków znajdujemy na zewnętrznéj powierzchni torebki Bowmana identyczną siatkę powstałą z ciałek czerwonych i okalającą włóknami mniéj lub więcéj koncentrycznemi pewien różnie wielki odcinek torebki Bowmana.

Co do naczyń kłębkowych to i te przedstawiają głębokie zmiany. Ich przybłonki nie okazują nigdzie wyraźnych objawów bujania. Komórek nagromadzonych w wolnym przestworze torebki Bowmana nie można zawsze wziąć bez wahania za przybłonki zwyrodniałe, bo większość tych komórek jako mających udział w organizacyi nowéj tkanki śródtorebkowéj ma znaczenie t. zw. fibroblastów i nie może pochodzić jako taka z przybłonków. Większość pętli naczyniowych wszystkich kłębków zawiera w swém świetle zamiast krwi sieć opisaną przez Langhansa i mnie. Powstawanie jéj z czerwonych ciałek krwi daje się wszędzie wykazać z łatwością. Ilość jąder w téj siatce umieszczonych jest znaczniejsza niż w pierwszym przypadku, mają one po większéj części postacie przejściowe między komórkami limfatycznemi, często o wielu jądrach a komórkami epitelioidowemi. Ściany naczyń krwionośnych, wszędzie widoczne jako delikatne ciemne linijki o konturach podwójnych, komunikują za pomocą licznych włókienek zielonawo ciemnych z siatką wśródwłosowatą téjże barwy. W punktach węzłowych téjże są często ciałka czerwone, z których zdaje się, że owe włókienka wychodzą. Tylko w nielicznych pętlach rozszerzonych jest treść prawidłowa, t. j. krew z prawidłowo zabarwionemi ciałkami czerwonemi. Śródbłonki naczyń włosowatych są w prawidłowéj tj. bardzo małéj ilości, na nich żadnych objawów proliferacyjnych. Dalsze szczegóły téj tkanki wśródwłosowatéj już na innem miejscu opisałem; dla tego od dalszego ich przedstawienia odstąpić mogę.

Naczynia międzykanalikowe są na licznych miejscach porozszerzane, ale treść ich jest prawidłowa. Trzeba długo przeglądać cały preparat, aby w nich i najbliższém ich otoczeniu wykryć zmiany analogiczne z poprzednim przypadkiem. Natomiast wybroczyny w kanalikach są tu jeszcze liczniejsze niż w przypadku pierwszym. Ciałka czerwone okazują tu wszystkie te same przemiany co i w tamtym przypadku, Przynajmniéj część owéj siatki, którą autorowie mają za skrzepłe białko, bez wątpienia pochodzi z wypłukanych i obrzmiałych ciałek czerwonych. Nierzadko można daléj spotkać w kanalikach masy niekształtne ze szczelinami na brzegach, jednostajne lub delikatnie poprzecznie lub ukośnie prążkowane, barwy brunatno-żółtawéj, a które są tylko odmianą wałeczków podobnie jak inne z zlania ciałek czerwonych powstałych. Masy te albo w całości wypełniają światło kanalików, albo tylko pewną ich część. Przybłonki kanalików są wszędzie zachowane, ale granice między pojedynczemi komórkami nie są nigdzie widoczne, pierwoszcze zaś grubiéj ziarniste niż w stanie prawidłowym, wielkość jąder i układ istoty chromatycznéj nie przedstawiają żadnych zmian. Tylko gdzieniegdzie widać w pierwoszczu bardzo nieliczne czarno zabarwione kropelki tłuszczu.

Przypadek ten, jak z powyższego opisu wynika, przedstawia nam się jako typ zapalenia kłębków po płonicy. Inne zmiany na miąższu właściwym są tak nieznaczne, że trudno im przypisać jakiekolwiek donioślejsze znaczenie. W kłębkach samych tylko mała ilość pętli okazywała prawidłowe wypeł-

nienie krwią, większa część była wypełnioną masami włóknisto-ziarnistemi z licznemi komórkami, była więc niedrożną. Ale i w sąsiedztwie torebki tak na jéj wewnętrznéj jak i zewnętrznéj powierzchni znaleźliśmy zmiany plastyczno-zapalne i to w tym okresie początkowym, którego różne własności rzucają wiele światła na sposób powstawania owych współśrodkowych włókien tkanki łącznéj, okalających pętle naczyniowe i sprowadzających wspólnie z tkanką łączną śródwlosowatą ich ostateczne zniszczenie, objaw tak częsty w przewlekłych postaciach choroby Brighta. Dlaczego ciałka krwi czerwone w jednych razach ulegają rozpadowi, co w innych razach daje im popęd do układania się w masy jednostajne i siatkowate, które dają początek późniejszéj tkance łącznéj, trudno orzec na podstawie badania mikroskopowego. Zapewne polegać to będzie na stosunkach odżywczych, w jakich znajdować się muszą składniki morfotyczne krwi w torebce Bowmana. Że pod tym względem znaczne zachodzić muszą różnice, wynika już ze stanu, w jakim się znajdują pętle naczyniowe z upośledzoném lub zawieszoném zupełnie krążeniem. Od tych stosunków zależy ilość i jakość wydzielin z tych pętli, a te działając na ciałka czerwone w wolnym przestworze torebki Bowmana wywołują ich zmiany w jednym lub drugim kierunku. Że z temi zmianami i powstawanie włóknika stoi w ścisłym histogenetycznym związku, wykaże nam to jeden z następnych przypadków. Jako suma zmian dwóch poprzednich przypadków i to w okresie późniejszym przedstawia nam się przypadek następujący:

Przypadek III. F.... M...., kobieta 31-letnia. Rozpoznanie kliniczne: *Lues gummosa*, *degeneratio amyloidea hepatis et renum*, *hydrops anasarca*, *ascites*, *oedema pulmonum*. Rozpoznanie anatomiczne: *Nephritis interstitialis subacuta*, *hypertrophia cordis sinistri excentrica modica*, *parametritis chronica gummosa*, *gummata sterni*, *myositis sterno-cleido-mastoidea gummosa dextra*, *hydrops universalis*. Nerki znacznie powiększone, prawie dwa razy większe niż prawidłowe, torebka cienka, łatwo schodzi z powierzchni zupełnie gładkiéj szaro-białawéj z bardzo skąpemi wybroczynami punktowatemi. Na przekroju kora znacznie rozszerzona, szaro-biaława niedokrewna z bardzo niewyraźném prążkowaniem, układu dosyć zbitego, wybroczyny bardzo nieliczne, kłębki zupełnie niewidoczne. Piramidy także rozszerzone i miernie przekrwione.

Badanie mikroskopowe. Przedewszystkiém zbadano wszystkie narządy wewnętrzne na amyloid, lecz za pomocą żadnego odczynnika nie wykryto ani śladu tego zwyrodnienia, ani w nerkach, ani w wątrobie, ani w śledzionie.

W tkance łącznéj międzykanalikowéj kory znajdujemy następujące zmiany: Ta tkanka łączna jest wszędzie znacznie rozszerzona, składa się z delikatnych i grubszych włókienek, często współśrodkowo około kanalików przebiegających, posplatanych z sobą w delikatną siatkę z nielicznemi jądrami leukocytów i komórek epitelioidowych. Oczka téj siatki są bardzo wąziutkie, nieregularne, często jednak mają kształt okrągły wielkości ciałek czerwonych. Tylko gdzieniegdzie można te ciałka jeszcze jako tako rozpoznać rozprószone w téj siatce pojedynczo, a bardzo rzadko w skupinach zlane w jednę jednostajną masę barwy hemoglobiny. Naczyń krwionośnych jest bardzo skąpa ilość, światła ich po większéj części przemienione w sieć tkanki łącznéj zlewającą się w jednę całość z resztą przestworu międzykanalikowego. Nacieki drobnokomórkowe spotykamy tylko w otoczeniu nieco większych naczyń i to nieznaczne. Kłębki okazują znaczny stopień destrukcyi. We wszystkich kłębkach przestwory wolne są wypełnione jużto tkanką łączną z mniéj lub więcéj licznemi jądrami epitelioidowemi i mniejszemi lub masą jednostajną bezbarwną z bardzo skąpemi jądrami, z których wychodzą cieniutkie gwiazdkowate wypustki bardzo delikatnie ziarniste szaro brunatnawe, anastomozujące z sąsiednicmi. Ta istota włóknista lub jednostajna zapuszcza się także między pojedyncze pętle naczyniowe i dzieli cały kłębek na więcéj odcinków. Pętle naczyniowe otoczone tą istotą przedstawiają znaczny stopień zaniku, jądra przybłonkowe pokurczone, a światło naczyń krwionośnych nigdzie niewidoczne. W miejscu naczyń znajduje się jakaś masa drobno- i gruboziarnista gdzieniegdzie włókienkowata, w któréj leżą bez ładu zanikające pokurczone jądra przybłonków. Kanaliki skręcone mają rozmiary prawidłowe. Ściany ich są jużto widoczne, jużto zlane w jednę całość z włókienkami tkanki łącznéj rozszerzonych przestworów międzykanalikowych. Przybłonki w bardzo wielu kanalikach nie okazują głębszych zmian oprócz bardzo nieznacznego zwyrodnienia tłuszczowego i grubszéj ziarnistości. Często jednak są niziutkie lub rozpadłe w drobnoziarnistą miazgę bez konturów, w któréj podobnie jak wszędzie gdzieindziéj znajdują się prawidłowo barwiące się jądra. Bardzo rzadkie są kanaliki zupełnie obnażone z przybłonków lub z przybłonkami złuszczonemi i leżącemi pojedynczo lub w grudkach w świetle kanalików. Ilość wybroczyn do kanalików i wałeczków jest bardzo nieznaczna. Te ostatnie mają po największéj części wejrzenie wałeczków woskowych, a zwykle nie wypełniają światła kanalików w całości, barwa ich okazuje wszystkie możliwe odcienia od jasno-cisawéj do ciemno-brunatno zielonawéj. Bardzo rzadko można było spotkać w ich masie jądra leukocytów lub większe podobne do przybłonkowych. Tylko w kilku kanalikach można było zauważyć drobnoziarnisty lub niewyraźnie siatkowaty włóknik zwykle ułożony w świetle kanalików. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Roux et Chamberland: **O odporności przeciw puchlinie zjadliwéj pod wpływem istoty przez prątki wytworzonéj.**

Od niedawnego czasu wykazać się daje wśród badaczów na polu bakteryologii kierunek dążący do wyszukiwania produktów chemicznych, powstałych wśród rozwoju grzybków chorobotwórczych, któreto produkty same przez się t. zw. *toxiny* proces chorobowy jużto wywołują, jużto ustrój przeciw następowemu zaszczepieniu właściwego grzybka odpornym czynią. Kierunek ten zainaugurowany przez Chaveau i Pasteura, wybitnie reprezentowany jest przez szkołę francuską, mniéj znajduje uznania wśród badaczów niemieckich. Puchliną zjadliwą (*„malignes Oedem, gangrène gazeuse foudroyante, septicémie gazeuse“*) nazywaną bywa puchlina zrodzona przez prątek wykryty przez Pasteura a późniéj przez Kocha opisany, dość często w ziemi znajdujący się, a którego hodowla na dość znaczne napotyka trudności. Tak w tkance podskórnéj jak i w hodowli prątek ten rozwija się tworząc wydatne bańki wypełnione gazem, rozwój ten po upływie dni kilku wkrótce z nieznanych przyczyn zostaje wstrzymanym. Autorowie sądzą, że wstrzymanie to rozwoju ma swoją przyczynę w istocie przez prątek ten produkowanéj. Jako dowód na to przytaczają autorowie, że jeżeli się do pożywki rosołowéj zjałowionéj (w któréj się zresztą prątek ten dobrze rozwija) doda nieco pożywki, w któréj prątek ten poprzednio jest, i zaszczepi prątkiem tym, rozwój tegoż nader wolno do skutku przychodzi, coby w obec dostatecznego materyjału pożywczego za obecnością jakiéj istoty tamującéj rozwój przemawiało. Autorowie zjaławiali hodowle prątka tego na pożywce rosołowéj w ciepłocie 105—110° C przez 10 minut, a następnie wstrzykiwali pożywkę tę do jamy brzusznéj świnek morskich. W kilka dni potém szczepiąc zwierzęta te zjadliwą świeżą hodowlą prątka tego, nie sprowadzali zmian chorobowych. Dwie świnki morskie, które 160 cm. rzeczonéj tak zjałowionéj pożywki otrzymały, przez następnych dni 30 zachowywały się odpornie na szczepienia świeżemi prątkami. (*Annales de l'institut Pasteur* 1887 Nr. 12).

Dr. Karliński.

Patologija.

Comby: **Wpływ patogeniczny wzrostu.**

Osłabienie, którego powodem jest nagły wzrost ustroju, objawia się różnemi zaburzeniami i usposabia do chorób. Nagły rozwój kości długich daje początek bólom w okolicach nasad tych kości, w sąsiedztwie stawów osobliwie kolan, bólom występującym przy ucisku, chodzeniu, ruchach. Czy bóle głowy, czasem się pojawiające, należy przypisywać wzrostowi kości czaszki, jest rzeczą wątpliwą. Bóle nie ograniczają się tylko do układu kostnego, ale zależnie od indywidualności i od innych czynników występują zboczenia w innych częściach ustroju. I tak zmiany odnoszą się często do układu nerwowego: dziecko staje się leniwe, łatwo się rozdrażnia, nie sypia po nocach; często siedzibą zboczeń są trzewa brzuszne, w szczególności żołądek: występują dyspepsyja, gastralgija, wymioty. Apetyt bywa zazwyczaj upośledzony, w następstwie czego osłabienie się wzmaga, i ciężkie poważne choroby nagabują ustrój. Autor uważa pląsawicę św. Wita (*chorea minor*) za neurozę powstającą w skutek prędkiego wzrostu. Twierdzenie Séea, jakoby podczas szybkiego wzrastania ustroju rozwijał się przerost serca, uważa C. za mylne, przyznaje jednak pojawianie się arytmii lub bicia serca.

Objawy opisane są o wiele cięższe, jeżeli nagły wzrost jest następstwem ostréj choroby, np. duru. Zapalenie szpiku kostnego lub okostnéj w następstwie duru nie jest rzeczą rzadką. Postępując za radą Boucharda zaleca C. u dzieci szybko rosnących dyjetę wyłącznie mleczną, spokój fizyczny i umysłowy, przebywanie na świeżém wolném powietrzu. (*Le Progrès médical* 1888. Nr. 36). *A. B.*

(*H. K.*) Ziem (Gdańsk): **O powstawaniu róży na twarzy.** W r. 1880 ogłosił prof. Voltolini kilka przypadków róży na twarzy po operacyi polipów w nosie; róża miała się rozwijać mimo przestrzegania wszelkich przepisów przeciwgnilnego leczenia. Mając na to zwróconą uwagę, baczył Z. bardzo na czystość narzędzi i pola operacyjnego, o ile się to dało, we wszystkich przypadkach operacyi polipów nosa; mimo to, miał 7 przypadków róży po niéj, które obecnie jako potwierdzenie zapatrywania prof. V. i jako przyczynek do wiadomości o powstawaniu róży na twarzy ogłasza. Tém bardziéj zadziwia ten szczegół, o ile że na przeszło 250 operacyj w jamie Highmora i innych operacyj w jamie nosowéj nie miał ani jednego przypadku róży, że nadto róża nie rozwijała się zaraz po operacyi, jakby to wypadało, gdyby zakażenie było przez narzędzia lub w ogóle wśród operacyi nastąpiło. Według Z. należy, jak to i Billroth czyni, przypuszczać samozakażenie się rany wskutek zmienionych warunków wydzielania się wydzieliny nosa. Wobec tego że róże na twarzy, zawsze prawie wychodzące z nosa, są bardzo ciężkiém powikłaniem całego przebiegu pooperacyjnego, nadto że róża przez sąsiedztwo i ciągłość błony śluzowéj może się dostać do wszystkich jam nosa i mózgu, że śmiertelność w niéj bywa znaczniejsza aniżeli w róży innych części ciała, radzi Z. nie puszczać zaraz po operacyi chorych do domu, jak się to zwykle po wrzekomo tak małéj operacyi usunięcia polipa dzieje, lecz mieć ich przez kilka dni pod okiem, a po operacyi zawsze wytamponować otwory nosowe gazą przeciwgnilną. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 19).

(*H. K.*) Nonne (Hamburg) przedstawił na posiedz. tamtejszego Tow. lekarskiego mózg, wydobyty po śmierci chorego 59 lat liczącego, u którego za życia rozpoznanie nie było pewne, czy się ma do czynienia **z guzem w móżdżku** przyrody kiłowéj, gruźliczéj, lub nowotworowéj (glioma). Przed 34 laty miał wrzód twardy na prąciu z następowemi objawami ogólnemi. Śród przyjęcia do szpitala skarżył się tylko na osłabienie ogólne i zawroty głowy, osłabienie pamięci i zdolności myślenia, przy chodzeniu zataczał się na prawo, w obydwu oczach lekka tarcza zastoinowa. Chory umarł z powodu odleżyny; leczenie jodem nie przyniosło żadnéj poprawy. Przy sekcyi znaleziono w móżdżku guz wielkości orzecha, okrągły, zserowaciały, badanie mikroskopowe wykazało, że jest cechy gruźliczéj. Na uwagę zasługuje przypadek ten z tego względu, że chory nigdy nie doznawał gwałtownych bólów głowy, jak to ma być przy guzach móżdżku. (*Deutsche med. Woch.* 1888, Nr. 18).

(*H. K.*) Livierato (Genua): **Porażenie poprzeczne po włóknikowém zapaleniu płuc.** Ciekawym ze wszech miar jest następujący, w klinice prof. Maragliano spostrzegany przypadek. W czwartym dniu choroby przyjęto chorego z zapaleniem płuc włóknikowém dolnego i środkowego płatu. W piątym dniu choroby nastaje przełamanie się gorączki, w dniu następnym żali się chory na ból i osłabienie w odnogach dolnych, potém występuje silny ból w krzyżach, porażenie odnóg dolnych, utrudnione oddawanie moczu i kału, odruchy zniesione, w parę dni potém umarł chory wśród ciężkiego zapadu, poprzedzonego gwałtownym bólem głowy. Sekcyja wykazuje ropień w części lędźwiowéj rdzenia i rozmiękczenie rdzenia w jego otoczeniu, włóknikowe zapalenie opon mózgu i rdzenia, w wypocinie zapalnéj opon i w ropniu samym wykazano *pneumnococci* Fränkla. (*La Riforma medica*).

Terapija.

Prof. Stiller (Budapeszt): **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.**

Jeżeliby się u większéj liczby chorych dotkniętych chorobą Basedowa i następowemi anatomicznemi zmianami mięśnia sercowego sprawdziło to, co prof. S. w dwóch przypadkach spostrzegał, zyskalibyśmy bezsprzecznie niewytłumaczony ale dobry i nowy sposób leczenia téj ciężkiéj choroby. Tylko przypadkowo zrobił prof. S. spostrzeżenie, że chora dotknięta chorobą Basedowa, posłana na ostatnią próbę a może i dla pozbycia się jej jako męczącéj macinnieżki w góry, wróciła ze znaczną poprawą, a gdy potém w skutek postępującego w dalszych latach osłabienia serca posłał ją S. do Szmeksu, chora powróciła bez obrzęków do domu. Po takim wyniku czekał prof. S. na drugi odpowiedni przypadek, nadawała się bowiem do tego doświadczenia tylko bogata chora, aby się przekonać, czy téż może u tamtéj choréj wynik tak pomyślny nie był przypadkowy, a gdy mu się taki przypadek wydarzył przed trzema laty, wysłał chorą, która z powodu obrzęków rozwijających się po niedomodze serca z choroby Basedowa już chodzić nie mogła, również do Szmeksu, czyniąc to jedynie na naleganie męża, napierającego, aby coś choréj poradzono. Ku wielkiemu zdziwieniu prof. S. wróciła ona ze znaczną poprawą, stłumienie serca było małe, obrzęki ustąpiły, chora jakby o 10 lat młodsza. Prywatnie przyznał autorowi prof. Ketli, że również bardzo dobre widział wyniki u chorych dotkniętych chorobą Basedowa po wysłaniu ich w góry. (*Wiener med. Woch.* 1888, Nr. 27). *H. K.*

Hughlings Jackson (Londyn): **Przyczynek do leczenia padaczki.**

Każdy rodzaj padaczki należy podług autora odnieść do uszkodzenia pewnych ograniczonych miejsc mózgu. Rozumie się samo przez się, że najczęściéj napotyka się takie uszkodzenia w najwięcéj narażonych miejscach kory mózgowéj. W takich warunkach leczenie wewnętrzne może mieć chyba przemijający skutek. Heroicznym ale najskuteczniejszym środkiem byłoby oddalenie zajętych części. Z powodów łatwych do zrozumienia w największéj liczbie przypadków nie może być o tém mowy i pozostaje tylko uciekanie się do środków łagodzących. Między ostatniemi główną rolę odgrywa odpowiednie urządzenie dyjety chorego, które zdąża do obniżenia nasilenia spraw odżywczych w tych komórkach, które tworzą narząd środkowy chorobą zajęty. I tak spostrzeżono, że napady padaczkowe tak co ich nasilenia jak również co do częstości zmniejszają się, jeżeli się zmniejsza dzienne porcyje mięsa. Polecono zatém nie więcéj, niż 120 gramów mięsa dziennie, za to podwyższyć przemianę materyi w mięśniach zapomocą gimnastyki. Z lekarstw zwykle podawanych sole bromowe służą do obniżenia przemiany materyi. Beladona w połączeniu z solami bromowemi okazuje się skuteczną zwłaszcza w takich przypadkach, w których napady występują w nocy. Jedyną niedogodnością tego leku jest, że musi się szybko dawki powiększać. Jeżeli chorzy skarżą się na suchość w ustach, trzeba natychmiast lek odstawić, aby zapobiedz otruciu. Skutek tych środków można fizyjologicznie sobie tłómaczyć tém, że obniżają parcie w tętnicach a w następstwie i w mózgu. Z tego powodu można także uważać polepszenie padaczki w chorobach gorączkowych, gorączka bowiem sprowadza obniżenie parcia krwi, zawartéj w mózgu. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1888, Nr. 65). *Dr. R. Spira*

(P....i) Dr. Flashar zaleca przeciw **krwotokom żołądkowym** picie raz po razu wody tak gorącéj jak tylko można wytrzymać, po $^1/_2$—$^3/_4$ szklanki, jako najpewniejszy środek. (*Allg. med. Central Ztg.*, 1888, Nr. 55).

(P....i) Dr. Weil radzi przeciw **Pharyngitis chron.** używanie octu drzewnego *(acetum pyrolignosum crudum)*. Dwa razy tygodniowo pędzluje się połyk nierozcieńczonym octem drzewnym. U osób drażliwych pędzluje się najpierw słabo a dopiero późniéj powoli coraz mocniéj. W pierwszéj chwili dolega mocno palenie i smak nieprzyjemny, to jednak prędko ustaje. (*Monatshefte f. Ohrenhlknde*, 1888, Nr. 3).

Farmakologija.

Aveilis (Giessen): **O wodniku amylenu jako leku nasennym.**

Wodnik amylenu jestto płyn bezbarwny, do wody podobny, o ostrym smaku i zapachu. Wurtz pierwszy go otrzymał a Mering pierwszy go doświadczył na zwierzętach i ludziach. Doświadczenia M. okazują, że 3 gramy tego leku wywołują u człowieka głęboki sen bez nieprzyjemnych działań ubocznych i bez okresu poprzedzającego podrażnienia. W klinice Riegla podawano wodnik amylenu w kapsułkach gelatynowych i w postaci płynnéj. Dawki wahały się między 0·8—3·2, najczęściéj podawano 2·0 i 2·4. W lewatywie doświadczano tego środka w następującéj postaci: Rp. *Amylen. hydrat. 3·0, Aq. dest., Gum. arab. aa 25·0. DS.* Do lawatywy. Do wewnętrznego użycia zapisywano: Rp. *Amylen. hydrat. 5·0 Aq. dest. 50·0.*, co na dwa wieczory wystarcza. Między 8ą a 9tą wieczór podawany okazał się środkiem wybitnie nasennym, silniéj działającym, niż paraldehyd, który zupełnie był w stanie zastąpić. Sen występuje niekiedy natychmiast, często po 15—45 minutach i trwał po mniejszych dawkach 2—3, po większych 6—8 godzin. Obudzenie się ze snu zupełnie jest podobne do obudzenia się po śnie naturalnym. Zmian w oddychaniu, tętnie, ani w parciu krwi nie zauważono po wodniku amylenu. Czy nastaje przyzwyczajenie się, tego nie rozstrzygnięto. (*Centralblatt f. klin. Med.* 1888, Nr. 33).

Dr R. Spira.

(H. K.) Okoliczność, że w przypadkach, w których istnieją guzy krwawnicowe w stolcu, a w których z powodu zaparcia chcemy stosować tak ze wszech stron zachwalaną glicerynę w postaci lawatyw, sposób ten nie jest bardzo praktyczny, bo drażni guzy i sprawia ból, naprowadziła Boasa (Berlin) na myśl zastósowania tego samego leku w postaci czopków; **czopki** takie **glicerynowe** zostawia się 15 do 20 minut w odbytnicy, skutek zarówno pewny, jak gdybyśmy za pomocą długiéj strzykawki wysoko w odbytnicę lek ten wstrzykiwali. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 23).

(H. K.) Reichert (Berlin) podaje w *Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 23, że od $1^1/_2$ roku stosuje z bardzo dobrym skutkiem przeciw miejscowym cierpieniom (zarówno ostrym jak i przewlekłym) jamy ust, przełyku, krtani, nosa, tchawicy a nawet i przeciw cierpieniom skóry **kwas kamforowy**; sporządza on roczczyn następujący: do wody, w któréj się kwas kamforowy w zwyczajnéj ciepłocie osadza na dnie, dodaje się 10% wyskok. Działanie roczczynu takiego jest ściągające, drażniące i przeciwpasorzytnicze. Z dobrym skutkiem leczy za pomocą niego wrzody grużlicze krtani (w 2—6% rozczynie).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Brodowski i Dunin (Warszawa): **Przypadek t. zw. „choroby zakaźnéj Weila" zakończony śmiercią.**

W *Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 39, opisał prof. Weil w r. 1886 nową chorobę zakaźną, dotychczas nieznaną, cechującą się nagłym początkiem, silną gorączką, połączoną z objawami nerwowemi, bolesnością i powiększeniem wątroby, żółtaczką i zapaleniem nerek, 6—10 dni trwającą. Przypadków takich opisał W. 4; wszystkie skończyły się wyzdrowieniem; anatomicznéj podstawy jéj nie znamy, na podstawie rozumowania teoretycznego i klinicznego doświadczenia uważa W. opisaną przez siebie postać choroby za całość odrębną. „Choroba zakaźna Weila" (bo tak ją zaraz nazwano) ma już małą własną literaturę; nie wszyscy zgadzają się na jéj istnienie i kto wie czy to nie są tylko poronne przypadki duru brzusznego. (*Haas*).

W grudniu r. z. mieli B. i D. sposobność spostrzegać przypadek, w którym rozpoznanie wahało się między durem brzusznym, ostrym zanikiem wątroby, zimnicą ciągłą i białaczką, w którym badanie w kierunku uzyskania jakichś pasorzytów dało wynik ujemny, w którym wszystkie prawie gruczoły chłonne dostępne badaniu były powiększone, wątroba i śledziona duża, pierwsza bolesna, żółtaczka mierna. gorączka prawie stała. Znając obraz „choroby Weila" z literatury, myśleli o niéj na razie, opierając się jednak na wyczerpującém wyniku badania innych narządów i wydzielin rozpoznali: *Hepatitis parenchymatosa acuta, tumor lienis acutus, nephritis acuta, adenitis generalis acuta.* W szóstym dniu pobytu w szpitalu umarł chory, a sekcyja jego miała dać, według zdania prof. B. i D., obraz niedający się rzeczywiście podporządkować pod żaden znany obraz choroby; co najwięcéj można było jeszcze myśleć o durze powrotnym żółtaczkowym, brak jednak spirochetów we krwi za życia kazał wykluczyć ten rodzaj duru, i uznać „zakaźną chorobę Weila" za chorobę samoistną, odrębną. Faktem jest, że znaleziono ostry obrzęk śledziony i ostry zanik wątroby. Kto jednak wie, czy ostatnia sprawa, anatomicznie téż wykazana, nie bywa tłem podstawowém dla całego tego cierpienia przez Weila jako „nowa choroba" opisanego. (*Gazeta Lekarska* 1888, Nr. 37).

H. K.

Chirurgija.

E. Dudon. **Przyczynek do techniki operacyj plastycznych podniebienia.**

Szycie podniebienia należy bez wątpienia do najtrudniejszych i najżmudniejszych rękoczynów chirurgicznych; ztąd wiele prób i starań ulepszenia potrzebnych narzędzi i ułatwienia sposobów operacyj. Dudon podaje myśl nową zastąpienia szwu, przewiązką taśmową, która obejmuje odpreparowane płaty podniebienia. Oddzieliwszy osłonę podniebienia twardego od kości, przeciąga się jednę do trzech taśm przez boczne cięcia zwalniające, i wiąże się je w środku. Sposób ten zastosował autor w 5 przypadkach przedziurawienia podniebienia (przeważnie natury kiłowéj), i miał otrzymać bardzo dobre wyniki, nawet tam, gdzie poprzednio stosowane szwy zawiodły. Taśmę zostawiał od 9—15 dni i w 4 przypadkach sprowadził zupełne wyleczenie, w jednym tylko pozostała drobna przetoka. Zdaniem autora metoda jego czyni operacyję łatwiejszą, szybszą a przytém równie pewną jak zaszycie. [Prof. Rydygier próbował zastosować ten sposób przy wilczéj paszczy trzechmiesięcznego dziecka, a chociaż w przypadku tym samo przewiązanie taśmą zdawało się niewystarczającém, to jednak ułatwiło zbliżenie brzegów napiętych części podniebienia i następne ich zeszycie. Sposobu Dudona użyto więc tutaj, tylko jako rękoczynu pomocniczego; przyszłe doświadczenia okażą, o ile sposób ten zasługuje na rozpowszechnienie. (Przyp. ref.)] (*Revue de Chirurgie.* 1888, Nr. 1). *Dr. Gabryszewicz.*

A. Wölfler: **O mechanicznem leczeniu róży.**

Nowe sposoby leczenia róży zjawiają się ciągle w ostatnich dziesiątkach lat, przechodząc od środków wewnętrznych do miejscowych a wreszcie miejscowo przeciwgnilnych. Oprócz postępowania zapobiegawczego, stosowano środki przeciwgorączkowe, czyli t. zw. swoiste, będźwinian sodowy (Haberkorn); gdy Hueter zalecał wstrzykiwania miejscowe kwasu karbolowego, rzucono się skrzętnie do tego sposobu, a nadto zjawił się cały szereg nowych niby pomysłów, różnych jednakże tylko rozmaitością stosowanych środków. Oryginalniejszą była myśl Kraskego, który zalecał nacięcia powierzchowne, zmodyfikowane przez Riedla. Prócz jednak niepewności skutku jest to zabieg za ciężki a przy rozległéj róży wprost niemożebny (trzebaby wykonać 200—300 nacięć).

W takim stanie rzeczy wprowadza autor metodę nową, odznaczającą się przedewszystkiém wielką prostotą i łatwością w wykonaniu. Jestto właściwie tylko ulepszenie sposobów stosowanych od niedawna przez Ottona i Barwella, którzy smarowali granicę róży farbą olejną z bieli ołowiowéj (*Bleiweissfarbe*). Ponieważ Wölfler tłomaczył korzystne działanie tego rodzaju postępowania raczéj uciskiem, jak odcięciem dostępu powietrza, użył po prostu szerokich na grubość

kciuka pasków przylepca, którémi lekko uciskając okręca na granicy róży członki, szyję lub tułów i otrzymuje zdumiewające wyniki, jak o tém świadczą 24 przytoczone przez niego spostrzeżenia. W 19 przypadkach leczonych tym sposobem powstrzymano różę odrazu, w 3-ch innych przekroczyła pierwszą zaporę, lecz zatrzymała się przy drugiéj, w 2 pozostałych stanęła róża aż przy trzeciéj zaporze. Równocześnie z zatrzymaniem się róży opadała nagle i gorączka. (*Zur mechanischen Behandlung des Erysipels*. Graz 1888).

Dr. Gabryszewicz.

(*H. K.*) Na tegorocznym zjeździe chirurgów niemieckich polecił prof. Helferich **częściowe wypiłowanie spojenia łonowego** jako operacyję pomocniczą przy znaczniejszych zabiegach na pęcherzu moczowym. Doszedł on do poznania, że można tą drogą uzyskać łatwy i wygodny przystęp do pęcherza, przy sposobności częściowego wypiłowania kości spojenia łonowego z powodu pruchnienia ich. Szczególnie nadawałby się, zdaniem jego, ten sposób operowania przy nowotworach pęcherza lub nadmiernym przeroście gruczołu krokowego. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 16).

(*H. K.*) Prof. Guyon (Paryż): **O leczeniu chirurgicznem gruźlicy pęcherza moczowego.** Na Zjeździe chirurgów francuskich mówił prof. G. o dwóch przypadkach gruźlicy pęcherza moczowego, w których zastósował leczenie miejscowe. U jednego chorego rozwinęła się gruźlica pęcherza w 20 roku życia, mocz zawierał dużo prątków Kocha. Otworzył on pęcherz moczowy przez powłoki brzuszne, smarował wrzody mięszanką oliwy z jodoformem i rozszerzał szyjkę pęcherza. Wciągu 17 dni nastąpiło zupełne wyleczenie, od 3 lat nie ma nawrotu cierpienia. U innego chorego, 40 lat liczącego, u którego gruźlica również tylko do pęcherza się odnosiła, a którego mocz dużo prątków zawierał, wypalił po otwarciu pęcherza przez powłoki brzuszne wrzody rozżarzonėm żelazem. Dotychczas nie wykazano w moczu prątków po operacyi. Prof. G. radzi w tych przypadkach, w których nawet już części rodne są zajęte sprawą gruźliczą, uciec się do tego zabiegu; w każdym przypadku do pęcherza ograniczającéj się gruźlicy wykonać zabieg chirurgiczny bez obawy. (*Münch. med. Woch.* 1888. Nr. 14).

(*H. K.*) Prof. Socin (Bazyleja): **O wartości doszczętnéj operacyi przepuklin.** Aż do 1go stycznia 1887 wykonał prof. S. 160 radykalnych operacyj przepuklin, między temi było 72 wolnych, 85 uwięźniętych, przepuklin pachwinowych 116, udowych 44. Z pierwszych 75 umarło 2, z drugich 85 umarło 11. Z pozostałych 133 nastał nawrót cierpienia w $38^{0}/_{0}$. Na podstawie własnego doświadczenia dochodzi S. do następujących wniosków: W każdym przypadku uwięźnięcia przepukliny powinno się wykonać herniotomiję i operacyję doszczętną równocześnie; resekcyja worka przepuklinowego nie powiększa niebezpieczeństwa zabiegu. Operacyja doszczętna wskazaną jest w nieuwięźniętych przepuklinach, u młodych osób, u których opaski nie prowadzą do zupełnego i stałego zatrzymania jéj, i u starszych, jeżeli opaski nie mogą bezboleśnie i całkowicie przepukliny zatrzymać. Im młodsza osoba, tem wynik operacyi lepszy. Wyniki są gorsze, jeżeli cierpienie jest obustronne i dziedziczne. Praca fizyczna nie przyczynia się do szybkiego nawrotu cierpienia. W przypadkach wypadnięcia lub zaniku jądra należy je razem z workiem przepuklinowym oddzielić. (*Münch. med. Woch.* 1888. Nr. 13).

(*H. K.*) Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego przedstawił prof. Bergman **włókniak języka** wyłuszczony drogą operacyjną u mężczyzny, który już od 20 lat pomału się w języku rozwijał, najpierw jako dwa małe guzki; z czasem obydwa te guzki zlały się w jeden. Prof. B. zwraca uwagę na rzadkość przydarzających się włókniaków czystych w języku, i takich rozmiarów; guz wyłuszczony dochodził do wielkości jaja gęsiego. Uważa też swój preparat za unikat. (*Deutsche med. Woch.* 1888. Nr. 24).

V. Zjazd V lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Pierwotnie zaliczono dermatologiję i syfilidologiję do sekcyi medycyny wewnętrznéj, znaczna atoli liczba prac zapowiedzianych w téj sekcyi w ogóle, a w szczególności z zakresu wspomnianych nauk, skłoniła do zawiązania osobnéj sekcyi dla dermatologii i syfilidologii, która odbyła dwa posiedzenia

Przewodniczącym obrano doc. Dra Zarewicza, a jego zastępcą Dra Szadka z Kijowa, sekretarzem zaś Dra Szuszkiewicza.

Na pierwszém posiedzeniu miał odczyt Dr. Szadek z Kijowa: Przyczynek do mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłéj za pomocą stosowania zgłębników metalowych maściowych, po którym nastąpiła żywa obszerna dyskusyja, tak, że wypełniła całe posiedzenie. Brali w niéj udział prócz prelegenta i przewodniczącego doc. Zarewicza, Drowie Krówczyński, Smutny, Kossak, Belke, Białkowski i Kołudzki.

Drugiemu posiedzeniu przewodniczył Dr. Szadek, miał zaś na niem Dr. Krówczyński dwa odczyty: 1) Poronne leczenie kiły i 2) Jakie leczenie kiły daje najlepsze wyniki.

W pierwszym skreślił prelegent historyję poronnego leczenia kiły, uwzględniając przedewszystkiem wycinanie pierwotnych objawów i zaznaczył, że dziś istnieją w tym względzie dwa stronnictwa. Zwolennicy jednego (przeważnie Francuzi) sądzą, że wycinanie nie zapobiega objawom ogólnéj kiły, gdy według drugiego (przeważnie Niemcy) wycinanie niekiedy zupełnie zapobiega kile. Opierając się na własném doświadczeniu sądzi prelegent: 1) że po wycięciu jest przebieg choroby łagodniejszy, 2) że wyjątkowo można zapobiedz wystąpieniu objawów ogólnych choroby, 3) że wyjątkowo jest możliwa nawet infekcyja. Kończy wezwaniem do dalszych doświadczeń.

W drugim wykładzie doradza prelegent, ponieważ niekiedy można zapobiedz przez wycinanie objawom ogólnym, wycinanie pierwotnych objawów. W razie jeżeli tego uczynić nie można, przystępuje po stanowczém rozpoznaniu kiły do leczenia rtęcią, a mianowicie zaleca wcierania 1—1·5 gr. szaruchy przez 15—20 minut w gruczoły zajęte, a najbliżéj pierwotnego objawu ułożone. Twierdzi, że po takiém leczeniu nie występuje wysypka, a tylko lekkie objawy na błonach śluzowych. W cięższych przypadkach, należy, zdaniem prelegenta, podawać równocześnie rtęć wewnętrznie. O ile możliwém jest, sądzi prelegent, że należy leczyć każdy objaw miejscowo. Długotrwałe zakażenie wymaga takiejże terapii, podaje więc rtęć w téj lub owéj postaci przez wiele miesięcy. Leczenie za pomocą kąpieli rtęciowych uważa za najmniéj odpowiedni sposób leczenia, energiczniéj działają naparzania stósowane częściéj w Anglii i Ameryce niż na lądzie stałym, są one skuteczniejsze niż leczenie zewnętrzne a najwygodniejsze. Od leczenia zewnętrznego skuteczniejszemi są również wstrzykiwania, do których najkorzystniéj zdaje się nadawać kalomel, *Hydr. flav. oxyd.*, *Hydr. salic.* i *Ung. hyd. cin.* Za najskuteczniejszą jednak uważa metodę leczenia za pomocą wcierań, a mianowicie wcześnie robionych w okolicę gruczołów limfatycznych. W długiéj a ożywionéj rozprawie brali udział Drowie Zarewicz, Chądzyński, Belke, Szadek i Tatarczuch, poczém posiedzenia téj sekcyi zakończono.

Sekcyja chirurgiczna po powitaniu przez Dra Ziembickiego obrała przewodniczącemi prof. Dra Rydygiera z Krakowa, Dra Wygrzywalskiego z Piotrkowa i Dra Stankiewicza z Warszawy. Zastępcami Dra Załozieckiego z Czerniowic, prof. Obalińskiego z Krakowa i Dra Szadka z Kijowa. Sekretarzami Dra Wehra ze Lwowa, Dra Kramsztyka z Warszawy i Dra Bogdanika z Biały.

Prof. Dr. Rydygier uczynił wniosek zawiązania Towarzystwa chirurgów polskich, któreby się zbierało corocznie na dwa dni w Krakowie. Wniosek ten przyjęto oklaskami. Następnie miał on odczyt: Kilka uwag o cięciu podbrzusznėm wewnątrzotrzewnowém (*Sectio alta intraperitonealis*). W dyskusyi zabierali głos Drowie: Stankiewicz i Perkowski z Warszawy, Ziembicki, Barącz i Schramm ze Lwowa, oraz Dr. Bogdanik z Biały.

Z kolei miał odczyt Dr. Bogdanik z Biały: O leczeniu poprzecznych złamań rzepki. Prelegent omawia różne sposoby postępowania, oraz co za niemi lub przeciw nim

przemawia. W końcu wykładu oświadcza się za tém, że w przypadkach prostych niepowikłanych, bez oddalenia znacznego odłamków, wystarczą inne sposoby i operować się nie powinno. W razie znacznego oddalenia odłamków, pęknięcia torebki stawowéj i przerwania w całości mięśnia czworogłowego, należy rychło założyć szew, aby uniknąć cięższéj operacyi, bardziéj chorego narażającéj. W dyskusyi zabierał głos Dr. Stankiewicz.

Następnie Dr. Barącz miał odczyt: O radykalnéj operacyi przepuklin z uwzględnieniem kastracyi przy przepuklinach wrodzonych. Skreśliwszy różne metody operacyjne, prelegent podał opis 3 przypadków przez siebie radykalnie operowanych. W rozprawie proff. Rydygier i Obaliński, Dr. Stankiewicz i Bogdanik przemawiali za tém, że przypadków przez Dra Barącza opisanych nie można uważać za radykalnie wyleczone.

Na zakończenie tego posiedzenia mówił prof. Rydygier: O nowym sposobie leczenia oparzenia. Prelegent proponuje, aby zaraz w pierwszych dniach po oparzeniu, skoro tylko *shock* ustąpi, powycinać rany zgorzelinowe (spalone) płaty skóry, ranę zeszyć, a braki skóry pokryć sposobem plastycznym. Dr. Schramm, Wehr, Obaliński i Stankiewicz zabierali głos w rozprawach. Wehr popierając propozycyję Rydygiera, zaleca po zmniejszeniu ubytków skóry przez zbliżenie brzegów i naciąganie pokrywać je metodą Thierscha, tj. transplantacyją o ile można wielkich i bardzo cienkich płatów (zawierających *corpus papillare* i powierzchowną warstwę *stroma*), wyciętych z ramion i pośladków. Według prof. Obalińskiego transplantowane części skóry zwykle rozpadają się i transplantacyja się nie udaje.

Po południu dnia 19 lipca odbyło się posiedzenie połączonych sekcyj chirurgicznéj, ginekologicznéj i medycyny wewnętrznéj. Na posiedzeniu tém prof. Obaliński mówił: O laparotomii w obec niedrożności jelit. Skreśliwszy pogląd historyczny i dzisiejszy stan sprawy, prelegent podaje swoje zapatrywania, oparte na doświadczeniu własném, nabytém na 43 przypadkach chorobowych, przemawiając za laparotomiją dyjagnostyczną próbną. Na zarzuty internistów skłonnych do wyczekiwania, odpowiada, że zdaniem jego, mniéj zaszkodzi otwarcie jamy brzusznéj, choćby się okazało zbyteczném w jakimś przypadku, niż pominięcie go lub zapóźne wykonanie w dziesięciu innych. Nie idzie zatém, aby nie próbować i innych środków, mianowicie przeczyszczających. Należy: 1) uważać szczególnie, czy przypady niedrożności nie pochodzą od podrażnienia otrzewny, tu bowiem spokój i narkotyka najwięcéj zdziałać mogą, 2) nie łudzić się ustępowaniem czasowém przypadów. ale raczéj wykonać laparotomiję, prelegent znalazł zawsze w takich razach zmiany anatomiczne; a najczęściéj blizny lub zrosty po durze. — Prelegent zwraca uwagę, że i on nie wyklucza enterostomii, podejmował ją 4 razy po poprzedniéj laparotomii rozpoznawczéj, zawsze opartéj na zbadaniu stosunków śródbrzusznych, do wykonania jéj na chybił trafił dałby się tylko wyjątkowo skłonić.

W rozprawach zabrał głos najpierw prof. Korczyński; zdaniem jego najważniejszą jest rzeczą rozpoznać, czy niedrożność jest czynnościową, czy też na podstawie anatomicznéj. Ważnemi wskazówkami w rozpoznawaniu niedrożności funkcyjonalnéj są brak napadowo występującego wydymania się brzucha, napadowo pojawiającego się kurczenia i przelewania, któremuby prócz bólu towarzyszyło rysowanie się pętli jelit przez powłoki brzuszne, wreszcie nie zbyt znaczne oddziaływanie ustroju na dłuższy czas utrzymujące się zaparcie stolca i wiatrów. Odróżnienie niedrożności funkcyjonalnéj od anatomicznéj jest niekiedy trudne i dopiero dalszy przebieg choroby i wynik leczenia chorobę wyjaśniają. Czasem niedrożność czynnościowa daje powód do niedrożności anatomicznéj. W zapaleniu otrzewnéj trudno nieraz rozstrzygnąć, czy niedrożność polega na porażeniu téj części jelita, koło któréj toczy się sprawa zapalna, czy też jelita są w ogóle porażone, czy też wytworzyły się zrosty pomiędzy jelitami. Obok wskazówek rozpoznawczych wielką rolę odgrywa doświadczenie rozpoznającego. Jeżeli się stanowczo rozpozna niedrożność czynnościową lub rozpoznanie nie jest zupełnie pewne, od rękoczynu chirurgicznego wstrzymać się należy, również w przypadkach czy to pierwotnego czy téż następowego zapalenia otrzewny. Najtrudniéj rozpoznać, czy zapalenie otrzewny jest pierwotną i ostateczną przyczyną braku stolca i wiatrów, czy téż jest wywołane przez zwężlenie, skręcenie, wgłobienie, uwięźnienie itp. jelit. W takich przypadkach należy zaraz zawezwać pomocy chirurga, choćby dla omówienia sprawy. Niedrożność jelit jest polem graniczném, gdzie internista z chirurgiem porozumiewać się winni razem i to zaraz od początku choroby. Z chwilą rozpoznania niedrożności jelit na podstawie anatomicznéj trzeba być przygotowanym do laparotomii. Opaźniać jéj nie należy, a czekać i zwlekać nie godzi. Im wcześniéj się operuje, tém lepiéj dla chorego i operującego. Tylko gdy stan ogólny chorego jest dobry i nie ma najmniejszych przypadów następowego zapalenia otrzewny, można czekać ale i to nie długo, zdarza się czasem, że przyczyny anatomiczne same ustępują. Nigdy nie należy czekać z laparotomiją jedynie dla tego, że przyroda niedrożności anatomicznéj nie jest należycie rozjaśnioną.

Po prof. Korczyńskim zabierali głos w rozprawach Dr. Bogdanik, Wehr, Ziembicki, Rydygier, Stankiewicz, Schramm i Orlowski. Nastąpił potém wykład Dra Wehra: O przeszczepialności raka, a w końcu Dr. Neugebauer okazał narzędzia swojego i swego ojca pomysłu do operacyi przetok pęcherzowopochwowych i wyłożył sposób operowania tych przetok.

Na ostatniem posiedzeniu Dr. Barącz miał wykład: O resekcyi jelit w dwóch przypadkach przepuklin uwięźniętych i zgorzelą dotkniętych. Prelegent jest zwolennikiem resekcyi pierwotnéj w przypadkach, gdzie stan ogólny chorego na to pozwala, przy silnym zapadzie i *sepsis* wolałby zakładać sztuczną odbytnicę. Szew jelitowy pierwszorzędny zakłada sposobem Czernego, zmodyfikowanym przez Wölflera, drugorzędny zaś Lemberta zmodyfikowany przez Rydygiera. Do uciskania świateł obu odcinków jelita używa uciskadeł Rydygiera. Co do statystyki resekcyi jelita w obec przepuklin zgorzelinowych, to daje ona coraz mniejsze odsetki śmiertelności.

Z kolei Dr. Obtułowicz okazał 1) kawałek jelita wyciętego u 30 letniéj kobiety 69 cm. długi. (Przypadek był opisany w Przeglądzie Lek. Nr. 8, 9, 11 z r. 1888).

2) Preparat części jelita grubego i cienkiego wgłobionego i wydalonego samoistnie drogą naturalną.

Dr. Wehr przedstawił chorych i preparaty po wycięciu jelit zgorzelinowych, a Dr. Barącz nowotwór rakowy sieci, usunięty przez laparotomiję. W dyskusyi zabierali głos Ziembicki, Link, Rydygier, Bogdanik, Obaliński.

Następnie prof. Rydygier mówił: O leczeniu wola przez podwiązanie tętnic tarczykowych. Sposób Drobnika uważa on za najpewniejszy co do nieobrażenia włókien nerwu współczulnego i co do odnalezienia tętnicy tarczykowéj dolnéj.

Prof. Obaliński nadmienia, że daje pierwszeństwo cięciu przez Dr. Velpeau podanemu, ponieważ przy sposobie Drobnika mamy 2 blizny.

Dr. Kramsztyk mówił następnie o wyciskaniu ziarn jaglicowych, okazując odpowiednie szczypczyki swego pomysłu. (Opis tych szczypczyków podany został w tygodniku naszym). Na zapytanie Dra Gostyńskiego odpowiada przedstawiający, że wkraplanie kokainy jest bezskuteczne a wstrzykiwań podskórnych nie próbował.

Wykład następny Dra Barącza: O chirurgicznem leczeniu epilepsyi za pomocą podwiązania tętnic kręgowych dał powód do ożywionéj dyskusyi. Prelegent zamierza ten wykład ogłosić w Przeglądzie Lek. W dyskusyi prof. Rydygier zauważa, że prelegent za krótko obserwował swe przypadki i że niesłuszny czyni zarzut Niemcom, że o téj operacyi zamilczają. Nie czas jeszcze, zdaniem jego, o téj operacyi wyrokować. Wehr dodaje, że dziś stoi sprawa tak, iż u chorych, którzy się na operacyję zgadzają, należy ją podejmować. Dr. Prus daje objaśnienie, że u chorych operowanych przez Barącza przystąpiono do operacyi dopiero po wyczerpaniu wszystkich możliwych leków, a u jednego chorego była operacyja tém bardziéj wska-

zaną, o ile począł nosić się z myślą samobójstwa. Dr. Prus sądzi, że napad epileptyczny przychodzi prawdopodobnie do skutku drogą odruchową z jakichkolwiek nerwów czucia lub nawet że sfery psychicznéj na gałązki nerwu współczulnego przebiegające wraz z tętnicami kręgowemi do rdzenia przedłużonego. Przez to odruchowe zadrażnienie wspomnianych gałązek nerwu współczulnego nastaje skurcz naczyń rdzenia przedłużonego, sprawiający niedokrewność rdzenia przedłużonego, a skutkiem niéj napad padaczkowy. Przy operacyi niszczy się gałązki nerwu współczulnego, które się w podwiązkę ujmuje. W niektórych przypadkach napady padaczki powracają po kilku miesiącach, prawdopodobnie bowiem nerwy przez podwiązkę zniszczone znów się regenerują i zrastają. W obec tego proponuje Dr. Prus przecięcie tętnicy między dwiema przewiązkami, przez co rozejśćby się mogły oba końce tętnicy a więc i nerwów lub wykonanie resekcyi nerwu współczulnego Dr. Bogdanik przytacza przypadek ustania napadów padaczkowych po usunięciu brodawki na błonie bębenkowéj. Gostyński oświadcza się za operacyją tylko w ostatecznym razie. Na zapytanie Orłowskiego, dla czego raz podwiązał obustronnie, drugi raz jednostronnie, odpowiada Barącz, że obustronne podwiązanie podjął w najcięższym przypadku.

Dr. Stankiewicz z Warszawy opisał sposób operacyi w przypadku wynicowania pęcherza, w przypadku tym zaszła potrzeba w ciągu 7 miesięcy podjęcia 7 większych a 8 mniejszych operacyj plastycznych dopełniających.

Posiedzenia téj sekcyi zakończył wykład Dr. Barącza: O nowéj metodzie operacyjnéj polipów nosowych Fournaux Jordana, który wywołał rozprawę, w któréj udział wzięli Dr. Załoziecki, Rydygier, Link, Obaliński, Longchamps.

Sekcyja ginekologiczno-położnicza, po zagajeniu jéj obrad przez Dra Strojnowskiego, obrała przewodniczącymi prof. Madurowicza, Dr. Kondratowicza z Warszawy i prof. Czyżewicza. Zastępcami: Drów Neugebauera z Warszawy, Doc. Marsa z Krakowa i Dra Schramma. Sekretarzami zaś Dr. Tyrchowskiego z Warszawy, Brauna z Krakowa i Sielskiego.

Pierwszy odczyt miał Dr. Neugebauer: O Spondylolistesis i Spondylolysema. Przypadków Spondylolistesis, choroby dawniéj za rzadką uważanéj, zebrał autor z literatury i własnych 81 i na podstawie tegoto materyjału podał autor symptomatologiję i dyjagnostykę tego cierpienia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 3 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta przy wielkim udziale swych członków posiedzenie, na którém po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia przechodzono po kolei uchwały na niém zapadłe i wykazywano, które z nich zostały już wykonane. R. m. Dr. Kohn poruszył sprawę za wielkiéj na Kraków liczby składów materyjałów aptecznych i łączących się z tém niewłaściwości. Po dyskusyi, w któréj wielu członków komisyi udział wzięło, uchwalono przekazać Magistratowi rzecz do zbadania i ostrożnego postępowania w przyszłości. Fizyk miejski Dr. Buszek podał cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w 3cim kwartale r. b. Umarło w lipcu 231, w sierpniu 159, we wrześniu 159 czyli wraz z obcymi wynosił wykładnik śmiertelności w tych miesiącach po kolei 37·4, 25·7, 25·7, bez obcych 29·6, 21·2 i 19·7. Sąto liczby dla Krakowa bardzo pomyślne. Z chorób zakaźnych nie występowała żadna ani epidemicznie ani nawet w większéj liczbie przypadków. — Badanie wód sodowych okazało, że niektóre z nich zawierają w sobie składniki bardzo złéj wody studziennéj, jako z niéj wyrabiane. Ponieważ wiele osób w Krakowie używa wody sodowéj w przekonaniu, iż jest zdrowszą od zwykłéj wody studziennéj, przeto dla zastanowienia się nad sposobami poprawienia wody sodowéj wyznaczono podkomisyję z Drów Bandrowskiego, Domańskiego i Paszkowskiego oraz fizyka miejskiego. — Badanie chemiczne mleka okazało, iż najlepszém jest mleko z mleczarni p. Eweliny Dobrzyńskiéj zawierające średnio 3·75% masła, gdy mleko na Rynku głównym sprzedawane ma 2·75%. Ostatnie poprawiło się od czasu założenia mleczarni p. Dobrzyńskiéj, co jest skutkiem konkurencyi. — W r. b. zaszczepiono kosztem miasta 1084 dzieci a mianowicie w obwodach I, II i III 140, 358 i 586 dzieci. Postęp z roku na rok widoczny. Fizyk powiatowy Dr. Ponikło podaje do wiadomości, że w Olszanicy pojawia się płonica, we wsiach koło Mogiły odra a w Gebultowie (gdzie zdaniem pewnych kół ma się znajdować woda gruntowa przydatna do wodociągów krakowskich) tyfus brzuszny przenoszący się, jak wiadomo, za pośrednictwem wody do picia. — Dla spóźnionéj pory sprawę utworzenia posady chemika miejskiego i ułożenia instrukcyj dla miejskiego zakładu desinfekcyjnego odłożono do następnego posiedzenia, wkrótce odbyć się mającego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 listopada. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. Lek. krak. miał prof. Cybulski wykład zapowiedziany, doc. Jaworski przedstawił rekonwalescentkę po wycięciu odźwiernika przez prof. Obalińskiego a Dr. Hempel okazał preparat nowotworu z tego przypadku. W końcu posiedzenia odbyła się dyskusyja nad wykładem doc. Jordana, któréj dalszy ciąg z powodu spóźnionéj pory odroczono do posiedzenia następnego.

* Najwyższa Rada sanitarna w Wiedniu uchwaliła utworzenie komitetów fachowych w łonie swojém. Komitety te właśnie ukonstytuowały się, a mianowicie: 1) Komitet dla spraw farmaceutycznych; przewodniczącym jest radzca dworu prof. Vogel, członkami: radzcy ministeryjalni Plappart i Kusý oraz proff. Hartl i Ludwig. 2) Komitet dla statystyki zdrowia, przewodniczący: radzca dworu Inama-Sternegg, członkowie: radzcy minist. Plappart i Kusý, proff. Drasche i M. Gruber oraz poseł Dr. Wiedersperg. 3) Komitet dla zakładów lekarskich, wykonawstwa lek. i weterynarskiego oraz spraw osobowych; przewodniczący radzca minist. Kusý, członkowie: proff. Albert, Breisky, Leidesdorf, Polansky i Böhm. 4) Komitet dla epidemij i epizoocyj; przewodniczący radzca dworu prof. E. Hofman, członkowie: proff. Drasche, M. Gruber, Polanski, Weichselbaum i Dr. Wiedersperg. 5) Komitet dla spraw techniczno-higijenicznych; przewodniczący: prof. M. Gruber, członkowie: Plappart, proff. Böhm, F. Gruber, Hartl, Ludwig.

* **Wiadomości osobowe**. W armii i marynarce austryjackiéj mianowani zostali: starszym lekarzem 2éj kl. Dr. Adolf Ressig; lekarzem pułkowym 1éj kl. Dr. Leon Feingold; lekarzami pułkowymi 2éj kl. Drowie Aleks. Steuermark i Stanisław Lech; lekarzem fregaty Dr. Jarosław Okuniewski.

* **Nekrologija**. Maryja baronowa Rokitańska, wdowa po śp. Karolu R. umarła w Wiedniu d. 22 października w 83 roku życia. W Petersburgu umarł b. profesor fizyjologii Dr. Aleks. Zagórski w 81 roku życia. W Moskwie zmarł prof. Połunin, b. dziekan tamecznego Wydziału lek. Dr. Antoni Pietrzekiewicz zmarł nagle d. 21 września r. b. w kraju zakaspijskim. W Gryfii umarł tajny radzca lek. i fizyk powiatowy prof. Haeckerman w 71 roku życia z powodu raka krtaniowego. W Genui umarł prof. patologii ogólnéj Salvioli, b. asystent Bizzozery, licząc zaledwie lat 35.

W Krakowie umarł w 60 roku życia Dr. Włodzimierz Bierkowski (syn śp. profesora chirurgii, kończył nauki lek. w Krakowie, stopień Dr. uzyskał we Wrocławiu, osiadł we Francyi jako officier de santé, jako taki służył podczas wojny 1870 r., w któréj stracił mienie swoje; przed rokiem złamany na ciele i obarczony liczną rodziną powrócił do miasta rodzinnego). W Pilicy w król. Polskiem umarł licząc lat 62 Dr. Marceli Bogajski, krakowianin i wychowaniec Uniw. Jagiell.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Przeglądzie Weterynarskim*. Nr. 11: Szpilmana: Wady mleka (c. d.). — W *Gazecie Lek*. Nr. 44: Janiszewskiego: Badania nad nowym sposobem leczenia ran pod strupem wilgotnym; Matlakowskiego: Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewny w chorobach kobiecych. — W *Medycynie* Nr. 44: Stępniewskiego: Krowianka rodzima (dok.); Jaworskiego: Z nowoczesnéj dyjagn. i terapii chor. żołądka

(c. d.). — W *Wiadomościach Lek.* Nr. 2: Prusa: Czy po wycięciu gruczołów tarczykowych występują zmiany anatomiczne w ośrodkach nerw. i czy gruczoł tarcz. jest niezbędny do utrzymania życia; Seifmana: Wpływ perlicy u bydła rog. na powstawanie gruźlicy u ludzi (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

CHROSTOWSKI i JAKOWSKI: Epidemiczne włóknikowe zap płuc. (Odbitka z *Gazety Lekarskiéj*). Warszawa. 1888, in 8vo, str. 17

M. JAKOWSKI: Drugi przyp. twardziela nosa zbadany pod względem bakteryjol. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1888), in 8vo, str. 4.

Tenże: Otomycosis mucorina. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1888, in 8vo, str. 4.

Dr. R. TRZEBICKY: Weitere Erfahrungen ü. d. Resektion des Kropfes nach Mikulicz (Odbitka z Langenbecka archiwu), in 8vo, str. 13.

PIOTROWSKI G. Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń. (Odbitka z XVI tomu Pam. Wydz. III, Ak. Umiej. Kraków, 1888, 4to, str. 52 z rycinami w tekście.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie posiedzenie d. 15 listopada we Czwartek o godz. 6-ej wieczór w sali Akademii Umiejętności. Na porządku dziennym sprawa Zjazdu balneologicznego w Krakowie: dla ważności jéj uprasza się o najliczniejsze zgromadzenie się członków Komisyi oraz o udział innych członków Tow. lekarskiego. *Prof. Dr. J. Kopernicki,*
Przewodniczący.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6557. **KONKURS.**

Celem obsadzenia opróżnionéj posady lekarza powiatowego w Konjicy, w Hercegowinie, z roczną płacą 1200 złr. i dodatkiem na pomieszkanie w rocznéj kwocie 150 złr. rozpisuje się konkurs z terminem do dnia 20 Listopada 1888. Kompetenci zechcą w powyższym terminie wnieść należycie zaopatrzone podania w urzędzie powiatowym w Konjicy, przyczém się zauważa, że posada ta nadaną zostanie jedynie doktorowi wszech nauk lekarskich.

Oprócz powyższéj płacy pobierać może lekarz powiatowy od każdéj lekarskiéj wizyty w obrębie miasta Konjicy, a to w dzień kwotę 35 centów, w nocy 50 centów, a poza obrębem miasta w dzień 1 złr., przyczém podwoda ma być lekarzowi bezpłatnie dostarczoną.

Daléj obowiązkiem lekarza powiatowego będzie utrzymywać domową aptekę i sprzedawać leki wedle istniejącéj w Bośnii taryfy aptekarskiéj.

W razie komisyj urzędowych zaliczać będzie lekarz powiatowy pobory urzędnika X rangi. Na koszta podróży może się udzielić zaliczka do 120 złr. zwrotna w 12 miesięcznych równych ratach.

Urząd powiatowy w Konjicy 26 października 1888.
Naczelnik powiatu,
Sitkiewicz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.